

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s nechirurgickou léčbou lokalizovaného nádoru konečníku

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název léčby

Nechirurgická léčba lokalizovaného nádoru konečníku

Účel léčby

Výkon je možno nabídnout nemocným s karcinomem konečníku jako alternativu operace po chemoradioterapii a systémové léčbě lokalizovaného nádoru konečníku, u kterých je léčba tak úspěšná, že dojde k vymizení nádoru dle endoskopie a zobrazovacích metod. Účelem je zachování svěrače konečníku u nemocných, u kterých by byl z chirurgického pohledu nezbytný radikální výkon ve formě odstranění konečníku včetně svěrače s následným vývodem střeva ze stěny břišní (trvalá stomie).

Povaha léčby

Nemocní s lokalizovaným nádorem konečníku, u kterých je léčba tak úspěšná, že dojde k „vymizení nádoru“ dle endoskopie a zobrazovacích metod, jsou místo operace velice pečlivě a často sledováni. Operace je indikována až v případě recidivy nemoci.

Nemocní musí v průběhu sledování podstoupit řadu vyšetření v relativně krátkém časovém intervalu:

- Odběry krve 2x – 3x ročně
- Vyšetření lékařem 2x – 3x ročně
- Kontrolní endoskopie 2x – 3x ročně
- Magnetická rezonance pánve 2x – 3x ročně
- CT vyšetření břicha a plic 2x – 3x ročně

Předpokládaný prospěch léčby

Nemocní, u kterých došlo po chemoradioterapii a systémové léčbě k „vymizení“ nádoru, nemusí při akceptování zvýšeného rizika recidivy nemoci (která však díky následnému operačnímu řešení nemá vliv na celkové onkologické výsledky) podstoupit operaci – a mají tedy možnost mít zachovaný svěrač bez nutnosti zavedení trvalé stomie.

Alternativa léčby

U běžného postupu podstupují všichni pacienti po chemoradioterapii a systémové léčbě operaci, která spočívá v odstranění konečníku včetně svěrače s nutností zavedení trvalé stomie.

Možná rizika zvoleného postupu

Léčebné komplikace jsou vzhledem k nepodstoupení operace samozřejmě menší než při běžném postupu. Existuje však vyšší riziko lokální recidivy („návratu nemoci v původní lokalizaci“), nicméně bez vlivu na celkové onkologické výsledky při včasném záchranném chirurgickém výkonu. (Vzhledem k nutnosti pečlivého sledování je nutné upozornit na vyšší četnost diagnostických vyšetření, z nichž některá z nich mají svoje vlastní rizika.)

Souhlas:**Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách léčby prováděné ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného léčebného postupu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výše uvedeného léčebného postupu.	ANO	NE
- že akceptuji zvýšené riziko lokální recidivy i zvýšenou četnost vyšetřovacích metod k posouzení úspěšnosti léčby	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
- že souhlasím s využitím statistických informací o mém zdravotním stavu k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno, příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina